

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

7

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

par

ALSTER Race

Née le 14 Décembre 1914, à Rzeszow (Pologne).

**Sténose de l'Angle Duodéno-Jéjunal
par Péritonite Tuberculeuse**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

ALSTER Race

Née le 14 Décembre 1914, à Rzeszow (Pologne).

**Sténose de l'Angle Duodéno-Jéjunal
par Péritonite Tuberculeuse**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ..		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MADAME HARTOGS

*En témoignage de profonde
reconnaissance.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de clinique médicale de l'hôpital Saint Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH

Médecin des hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Faible témoignage de notre
plus vive reconnaissance pour
son fructueux enseignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORCHER

Electro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a guidé pour la par-
tie radiologique de cette thèse.*

*En témoignage de notre pro-
fonde gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES PROFESSEURS :

CARNOT, CATHALA, CLAUDE, CUNEO,
FEY, GOUGEROT, GUILLAIN,
LEMIERRE, TERRIEN.

AUX DOCTEURS :

CADENAT, HERCHER, LESNE, THIERY.

Sténose de l'angle duodéno-jéjunal par péritonite tuberculeuse

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, le Docteur LOEDERICH un cas de sténose de l'angle duodéno-jéjunal par péritonite tuberculeuse fibro-adhésive, dont le diagnostic a été vérifié par la laparatomie.

La rareté de cette complication de la péritonite tuberculeuse qu'elle soit caséuse ou fibro-adhésive nous a incité à rechercher les cas semblables dans la littérature médicale.

Nous nous proposons en outre de rappeler dans notre travail les particularités cliniques et étiologiques de cette localisation, l'importance de la radiologie dans l'établissement de son diagnostic ainsi que les modalités de son traitement.

PREMIÈRE OBSERVATION (Inédite)

La malade A... T..., âgée de 40 ans couturière, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital Necker le 23 avril 1940, pour de l'amaigrissement et des troubles digestifs.

Les antécédents personnels n'offrent rien de particuliers; une congestion pulmonaire en 1926.

A la même époque elle a été soignée pour des pertes blanches, par des cautérisations sur le col utérin. Enfin il y a un mois elle a présenté pendant trois jours des pertes jaunâtres fétides et précédant immédiatement ses règles.

Les antécédents familiaux. — Mère décédée à 17 ans de pleurésie.

Père décédé à 62 ans, à la suite d'une attaque.

Une sœur morte à 33 ans après une néphrectomie.

Le reste de la famille est bien portant et il n'y a pas de bacillaires dans son entourage.

La malade séparée de son mari depuis 8 ans, n'a pas d'enfant, n'a jamais eu de fausse couche.

Depuis 8 ans elle a quitté Cannes pour venir habiter Paris.

Histoire de la maladie.

En septembre 1939 à la suite d'une voyage long et fatigant les premiers symptômes de la maladie appa-

raissent. Ils consistent en :

1°) Des troubles digestifs. Aussitôt après le repas de midi et du soir, il survient :

a) Un gonflement de la région épigastrique.

b) Une sensation de pesanteur accompagnée d'une douleur transfixiante à la partie supérieure du creux épigastrique.

Ces phénomènes durent 3 heures et cèdent spontanément. La malade afin de ne pas souffrir évitait de se nourrir et s'était imposé un régime très strict comportant presque uniquement des pâtes.

2°) Une constipation opiniâtre qui s'est installée progressivement. La malade n'allait à la selle qu'après des lavements. Les selles bien moulées contenaient parfois quelques glaires. Elle n'a jamais eu de diarrhée. Tous ces troubles ont rétrocedé au mois de février 1940 et depuis l'appétit est normal, la digestion facile, il n'y a pas de constipation.

Mais la malade se plaint de douleurs sourdes et diffuses dans tout l'abdomen à prédominance dans la région para-ombilicale droite. A cette époque sont survenus des vomissements (4 en 8 jours), immédiatement après le repas. L'un d'eux contenait des aliments pris la veille. Depuis l'apparition des premiers symptômes de la maladie *elle a maigri de 15 kilos (en 7 mois)*.

EXAMEN DE LA MALADE.

On se trouve en présence d'une femme un peu fatiguée, mais son état général est encore relativement bon. La température à 37° le matin atteint 37°7-38° le soir. L'abdomen respire normalement, il n'est ni rétracté ni ballonné.

A la percussion on note une sonorité de tout l'hy-

pocondre droit, une matité de la partie externe de l'hypocondre gauche.

La palpation extrêmement difficile à faire, révèle un abdomen absolument dur, douloureux ni à la pression ni à la décompression.

Le foie et la rate sont normaux.

La malade est d'habitude bien réglée; ses règles durent trois jours, elle perd très peu. Le toucher vaginal indolore révèle l'utérus complètement bloqué. La masse abdominale ne lui communique aucune impulsion.

Les poumons et le cœur sont normaux, il n'y a aucun trouble du système nerveux.

Les urines sont rarement troubles, ne contiennent ni sucre ni albumine. Urée sanguine : 0 gr. 25.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Au cours de l'absorption de lait bismuthé, remplissage normal d'un estomac relativement dilaté, ne contenant que du gaz et pas de liquide résiduel. La partie inférieure de D. 2.-D. 3. ainsi que D. 4. — présentent une très forte dilatation, la bouillie opaque se dépose dans le D. 3. géant, suivant un niveau horizontal. On ne reconnaît plus alors des dimensions normales de la boucle duodénale qui acquiert le volume et la silhouette d'un deuxième estomac. Le duodénum dans son entier présente des mouvements péristaltiques violents; il y a en plus un véritable brassage de son contenu jusqu'à ce qu'il s'évacue dans le jéjunum. Ce dernier présente une image normale. On porte alors le diagnostic de sténose de l'angle duodéno-jéjunal sans pouvoir en préciser la cause. Le mécanisme du remplissage de la poche gastrique et du duodénum, sa dilatation font éviter la confusion avec les images d'estomac biloculaire ou de diverticule géant du D. 3. (d'ailleurs nous reviendrons sur ce

point en étudiant le diagnostic différentiel de la sténose D. J. (voir schéma à la page 33).

La malade est opérée le 4 mai 1940 dans le service du Docteur Jean BERGER.

Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine œdématisé et cartonné est ouvert avec précaution : on tombe sur un amas d'anses grêles agglutinées et on a au doigt la sensation de granulations multiples. On porte alors le diagnostic de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive. On referme sans drainage. La malade quitte le service le 15 mai 1940. On lui conseille un traitement par les U. V. et l'héliothérapie.

La malade est revue le 11 octobre 1940. Son état s'est amélioré considérablement après deux mois de traitement par l'héliothérapie. Elle a engraisé de 8 kilos. L'examen radiologique montre le duodénum de dimensions presque normales, le transit duodéno-jéjunal facile.

Cependant il persiste encore des mouvements de brassage.

DEUXIÈME OBSERVATION (Prof. P. DUVAL)

Mme G... entre dans le service le 18 juin 1920 âgée de 32 ans. Malade de souche tuberculeuse autrefois atteinte de lupus. Les premiers troubles s'installent en 1919.

Ballonnements fréquents après le repas, les digestions sont pénibles. Nausées fréquentes. Quelques rares vomissements. Ni hématemèses ni moelena. Les troubles s'exagèrent en 1922.

Examen radiologique : ulcère pylorique probable.

PREMIÈRE OPÉRATION EN 1922.

Nombreuses adhérences et grosse réaction de péritonite plastique peut être tuberculeuse. Gastro-entérostomie.

Un mois plus tard les douleurs surviennent à nouveau, « cela ne passe pas » dit la malade. Ballonnements pénibles et fréquents. Dans les jours qui ont suivi la gastro-entérostomie la malade a vomi beaucoup de bile. Les vomissements ont disparu ensuite.

Examen radiologique : la bouche de gastro-entérostomie semble ne pas fonctionner correctement.

DEUXIÈME OPÉRATION EN 1923.

Adhérences multiples autour de la bouche de gastro-entérostomie. Libération de ses adhérences.

Courte période d'amélioration — puis apparition des troubles gastriques. Vomissements amères, bilieux surviennent. Ils sont fréquents, la malade accuse à nouveau des pesanteurs après le repas. Les digestions sont lentes entrecoupées de nausées, parfois d'un abondant vomissement. La fréquence de ce dernier rend l'alimentation impossible. La malade maigrit de 4 kilos 500. Examen des selles : pas de sang. Examen de sang : 0. Les urines sont normales.

Examen radiologique : la gastro-entérostomie fonctionne normalement mais il existe une forte dilatation du duodénum dans sa troisième portion.

TROISIÈME OPÉRATION EN 1924.

Adhérences diffuses sous-mésocoliques avec quelques granulations jaunes. Forte dilatation du duodénum.

Péritonite tuberculeuse guérie mais adhérences sous-mésocoliques sténosant le duodénum. Duodéno-jéjunostomie à droite du pédicule mésentérique et zone mésocolique. Disparition de tous les troubles. La malade engraisse de 5 kilos. En décembre 1925 la guérison persiste.

Examen radiologique : la bouche de duodéno-jéjunostomie fonctionne parfaitement. Aucune stase duodénale.

TROISIÈME OBSERVATION (H. WANTOCH)

Enfant de 16 ans sans antécédents tuberculeux. Souffre depuis 5 semaines après les repas dans l'épigastre et à gauche. Nausées sans vomissements. Pas de fièvre. Selles normales, pas de constipation. Pas de sang ni parasites dans les selles. Aucune douleur dans le bas-ventre. Poumons normaux. Pas d'adénopathie.

Examen : au-dessus de l'ombilic à gauche on sent une masse grosse comme un œuf, profonde, non mobile, un peu sensible à la palpation. Au même endroit douleur spontanée. On a l'impression d'un lymphome localisé à l'angle D-J. Pas de signe de Mac-Burney. Le reste de la paroi abdominale est normal.

Radio : estomac normal quant à la forme et la réplétion.

Résidu faible après 6 heures.

INTERVENTION LE 7 MARS 1940.

Laparotomie médiane. Estomac et gros intestin normaux. Dans la région D-J. se trouve une masse grosse comme un poing, formée par les ganglions conglomérés. Le ganglion le plus haut situé est sorti de sa coque particulièrement dure, il s'ouvre et laisse échapper le pus jaune, épais, grumeleux. Par l'ouverture faite on pénètre dans la deuxième poche, on la vide, on la nettoie à la teinture d'iode. On ferme la coque. Les autres ganglions sont augmentés de volume sans être caséifiés ni calci-

fiés. Le grêle est sans lésions. Granulations multiples sur le péritoine surtout autour des premières anses. Appendicectomie. Guérison. Disparition des douleurs. Le malade est soumis au traitement par l'héliothérapie.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Le ganglion présente une ancienne lésion de tuberculose caséuse.

HISTORIQUE

L'identification de la péritonite tuberculeuse est assez récente.

En 1825 ANDRAL et LOUIS découvrent la péritonite tuberculeuse folliculaire, qu'ils rattachent toujours à une lésion pulmonaire, et jusqu'à 1875 l'existence de la péritonite chronique tuberculeuse primitive est très discutée.

A cette époque on décrit la forme ascitique primitive, ainsi que les péritonites partielles localisées : pelvi-péritonites, péritonites sous-diaphragmatiques,

En 1890, on démontre la nature bactériologique (CALMETTE, GUÉRIN, BRETON) et la possibilité de la péritonite tuberculeuse sans lésions ulcéreuses intestinales préalables. A la même époque on crée la thérapeutique chirurgicale par laparotomie simple.

Au début du XX^e siècle on découvre la forme inflammatoire non spécifique ainsi que des formes à localisations viscérales pouvant simuler les viscérites.

On préconise enfin le traitement par l'héliothérapie, les U. V. la radiothérapie et la diathermie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On peut distinguer à la péritonite tuberculeuse chronique, qu'elle soit généralisée ou localisée, trois variétés anatomo-pathologiques :

- La forme ascitique.
- La forme caséuse.
- La forme fibreuse ou fibro-adhésive.

Chacune d'elles pouvant être primitive ou secondaire.

La forme fibreuse évolue plus particulièrement vers la sclérose, et réalise parfois par des brides et des membraness, des occlusions ou des compressions des organes intra-abdominaux. Ces divers accidents peuvent être la seule manifestation de la péritonite tuberculeuse.

LA PÉRIDUODÉNITE TUBERCULEUSE, folliculaire ou non, peut se localiser sur la portion sous-mésocolique du duodénum; elle peut développer alors des brides et des adhérences provoquant le syndrome de sténose sous-vatérienne. La tuberculose a évolué à bas bruit

sans signes et elle est d'emblée plastique. Quoiqu'il n'existe aucune lésion du duodénum, toute la symptomatologie lui est empruntée. Certaines périoduodénites qu'on considérait jadis comme essentielles, peuvent être rattachées à une forme non folliculaire, de la tuberculose. Il en découlera d'intéressantes indications pour la thérapeutique. Parmi les diverses localisations de la périoduodénite, il faut citer celles qui provoquent la sténose de l'angle duodéno-jéjunal :

— bride de Mayo;

— la périoduodénite localisée au muscle de Treitz.

La bride de Mayo est tendue entre la face inférieure du mésocôlon transverse et la face antérieure de la première anse jéjunale. Celle-ci se trouve attirée vers la ligne médiane, provoquant ainsi la sténose de l'angle duodéno-jéjunal. C'est la variété la plus fréquente.

Rappelons aussi l'hypothèse émise à propos des brides congénitales : elles résulteraient d'une inflammation *in utero*.

Dans la périoduodénite tuberculeuse avec sténose de l'angle duodéno-jéjunal, des adhérences multiples unissent le duodénum aux organes voisins, à la paroi, et au péritoine, ce dernier est épaissi et parsemé de granulations grises ou de tubercules jaunâtres. Les premières anses intestinales sont agglutinées.

Dans la forme caséuse on trouve en plus les ganglions mésentériques hypertrophiés et présentant tous les degrés possibles de la caséification.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA STENOSE DE L'ANGLE DUODENO-JEJUNAL

Le début est en général lent et insidieux; pendant 6 mois environ, parfois plusieurs années, la maladie se manifeste par quelques troubles digestifs, assez peu caractéristiques, de l'anorexie, des nausées et régurgitations, des vomissements rares, accompagnant une pesanteur post-prandiale. Tous ces troubles évoluent sans périodicité et par des crises jusqu'à l'installation du syndrome confirmé de sténose. Le malade se présente alors surtout avec des signes généraux d'intoxication et des signes fonctionnels assez caractéristiques, permettant d'entrevoir le diagnostic; celui-ci est incontestablement établi à la radio. Les signes physiques sont très variables et peu marqués.

La malade souffre d'une façon peu accentuée, accuse surtout des pesanteurs et une sensation de plénitude après le repas. Les douleurs apparaissent de 1 à 3 heures après le repas, (généralement plus précoces que dans l'ulcère du bulbe), disparaissent spontanément. Elles ne cèdent pas par le décubitus dorsal comme celles de la ptose gastrique. Leur siège est varia-

ble, en général à l'hypocondre et au flanc gauche, mais si la distension duodénale s'accroît, elles peuvent alors siéger jusque dans l'hypocondre droit.

Ces douleurs s'accompagnent souvent de nausées et parfois de troubles vaso-moteurs, chaleur brusque, vertiges et titubation, qu'on a voulu attribuer aux mouvements antipéristaltiques. Ces signes peuvent céder quand le malade se met dans une attitude spéciale, qu'il a généralement appris à connaître.

Le signe fonctionnel essentiel et qui caractérise toutes les sténoses sous-vatériennes est le *vomissement bilieux* par reflux duodéno-gastrique. Les vomissements sont abondants, surviennent après le repas, rares au début, ils deviennent plus fréquents ensuite et évoluent par crises; ils sont bilieux. Ils peuvent entraîner la déshydratation rapide s'ils sont très copieux.

La constipation est opiniâtre et durable. Elle est permanente ou entrecoupée des crises diarrhéiques. Elle ne s'améliore ni par les régimes ni par les traitements des entérocrites. Il n'y a ni hématurie ni mœlena.

L'état général du malade est toujours gravement touché et son altération est plus précoce que dans la sténose du pyllore; elle le sera d'ailleurs d'autant plus que l'obstacle siège sur le duodénum plus près de l'angle duodéno-jéjunal.

L'amaigrissement est considérable, quelle soit la cause d'occlusion. Il peut atteindre plusieurs kilos en quelques semaines ou quelques mois. Il est progressif. Le malade est dans un état d'affaiblissement extrême et cette asthénie s'accompagne d'anorexie. Il existe parfois des signes sympathiques de l'atteinte de l'état général : des migraines et des algies. L'atteinte de l'état général est sans proportion avec l'intensité des douleurs et contraste avec la discrétion des signes physiques. L'examen des urines et du sang est toujours négatif.

L'examen physique montre peu de choses; un ballonnement et parfois une certaine sensibilité au siège de la sténose. Le foie est normal. On a voulu schématiquement considérer à la sténose de l'angle duodéno-jéjunal deux phases, comme à celle de pylore :

— Une phase de lutte, avec une légère défense musculaire à droite et des ondulations péristaltiques visibles en amont de l'obstacle;

— Une phase d'atonie, ou de décompensation; on noterait alors du clapotage à jeûn (signe de dilatation gastrique) coïncidant avec une atténuation de la douleur et des vomissements moins fréquents mais plus abondants. (SEBILEAU). (Cliniquement ces deux phases sont très difficiles de distinguer.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

L'étape radiologique est la plus importante pour

l'établissement du diagnostic de sténose de l'angle duodéno-jéjunal.

L'angle duodéno-jéjunal en même temps qu'une coudure anatomique du tube digestif, constitue la limite de deux zones différentes, l'une fixe, (estomac, duodénum) l'autre mobile (le jéjunum). Il sera prédisposé, pour ainsi dire aux troubles de passage.

A l'examen radioscopique on tachera de repérer deux ordres de faits :

1°. *Le transit gastro-duodéal.*

A la phase d'état la bouillie barytée vient remplir l'estomac avant de passer dans le bulbe duodéal. L'estomac peut être dilaté, on note alors un niveau gastrique horizontal, qui persiste pendant et après la réplétion du duodénum. Les dimensions de ce dernier sont modifiées. Le bord inférieur de D. 3 a une convexité très augmentée et le liquide vient se déposer en D. 3 suivant un deuxième niveau horizontal. Alors que la réplétion et l'évacuation du duodénum ne durent ordinairement que quelques instants, le liquide y demeure jusqu'à ce que l'obstacle soit forcé. Cette durée peut atteindre plusieurs heures. A l'image dilatée et très déformée du duodénum fait alors suite un jéjunum de dimensions normales (voir cliché).

2°. — *La motricité.*

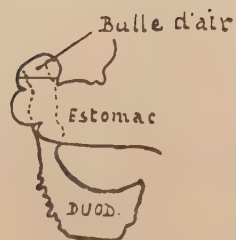
Les mouvements antipéristaltiques qui appa-rais-

sent dans la sténose de l'angle duodéno-jéjunal semblent avoir une existence bien réelle. En effet le Professeur DUVAL dans une de ses observations de sténose duodéno-jéjunale, le démontre indubitablement dans une succession de clichés : Le D. 4 et l'angle duodéno-jéjunal se trouvaient à droite de l'estomac; on voyait nettement les continuel movements de brassage qui renvoyaient le liquide opaque du D. 4 jusqu'au bulbe, qui paraissait considérablement dilaté; puis inversement du bulbe jusqu'à D. 4 qui se dilatait à son tour. Le pylore peut être forcé et l'estomac participe alors aux mouvements péristaltiques. Dans ce cas la pression sur le duodénum refoule facilement le liquide opaque dans l'estomac. Au stade avancé d'atonie duodénale les mouvements sont moins marques.

* *L'évolution clinique* de cette sténose se fait par crises entrecoupées d'intervalles de rémission. Les vomissements importants ainsi que la douleur font alors suite à la dyspepsie, accompagnées toujours de constipation. Les troubles de l'état général continuent à progresser. La sténose arrive au stade de décompensation ou le pylore est forcé, il y a une forte dilatation gastro-duodénale. La mort survient dans les signes de la grande intoxication duodénale.



Sténose de l'angle duodéno-jéjunal. Grande
dilatation de la 3^e portion.
(Cliché du Dr. PORCHER.)



DIAGNOSTIC DE LA STENOSE DE L'ANGLE DUODENO-JEJUNAL

Cliniquement la sténose de l'angle duodéno-jéjunal se superpose au syndrome général des sténoses sous-vatériennes. Mais dans les autres localisations de ces sténoses le syndrome d'intoxication générale n'est pas aussi marqué.

Tous les autres signes étant semblables, seul l'examen radiologique pourra préciser le siège de la sténose.

Les signes cliniques permettront parfois d'éliminer d'autres affections douloureuses de l'abdomen.

1°) *L'ulcus bulbaire.*

On tiendra compte alors de la conservation d'un bon état général, de l'horaire des douleurs, de leur évolution par crise, dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas. Il y a souvent des hématémèses et du mœlena.

Ici se pose la question de la coexistence de l'ulcus bulbaire avec la stase duodénale. On tend à considérer

cet ulcus comme une conséquence de cette stase; et la preuve en est donnée par la thérapeutique. L'ulcus disparaît quand l'obstacle duodénal est enlevé. Ces faits inciteront donc à rechercher l'ulcère au cours de la sténose duodéno-jéjunale.

2°) *La sténose du pylore* sera éliminée aisément. Les vomissements alimentaires, la stase gastrique, le clapotage à jeûn étant des signes très nets.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL RADIOLOGIQUE

Deux affections, réalisant comme la sténose de l'angle duodéno-jéjunal, une image à deux niveaux horizontaux, seront à signaler tout d'abord : (voir les schémas).

1°) *Le diverticule géant de la 3° portion du duodénum.*

Ce diverticule assez rare, peut être soit d'origine congénitale, soit conséquence d'une hernie intra-musculaire de la muqueuse. De manifestations cliniques variables et le plus souvent nulles, il a un diagnostic radiologique.

Pendant la réplétion duodénale, il apparaît une tache opaque dans la concavité de l'anse, dont la com-

munication avec elle est mise en évidence par l'expression. Associé à l'atonie gastrique le diverticule géant de D. 3 réalise alors une image à deux niveaux superposés.

Mais :

a) Cette image n'apparaît qu'après le premier passage pylorique;

b) Le diverticule est dépassé par la bouillie sans troubles du rythme ni de stase;

c) Plusieurs heures après le transit, il y a une tache résiduelle suspendue à niveau horizontal.

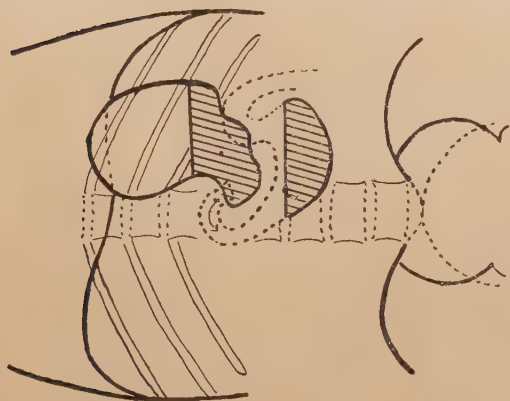
2°) *L'estomac biloculaire vrai* (le plus souvent ulcère ancien de la petite courbure) parfois bride ou suites opératoires d'une résection en selle.

Là aussi il existe deux niveaux horizontaux superposés de baryte. Mais :

a) On peut par le décubitus dorsal rétablir la continuité des deux poches; celles-ci sont en tous cas radiologiquement inséparables.

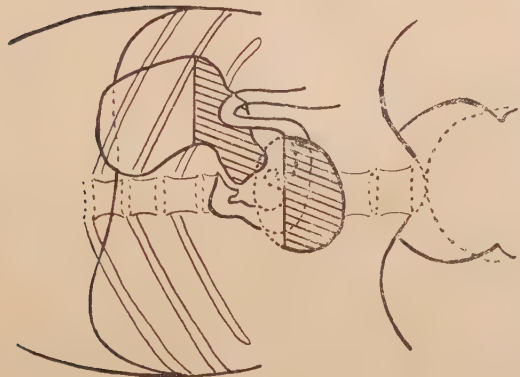
b) Il y a en plus perception du circuit duodénal, n'apparaissant qu'après le dessin de la deuxième poche (voir schémas 1, 2, 3).

A l'examen radiologique on éliminera aisément les autres localisations de la sténose duodénale sous-mésocolique : (voir schémas).



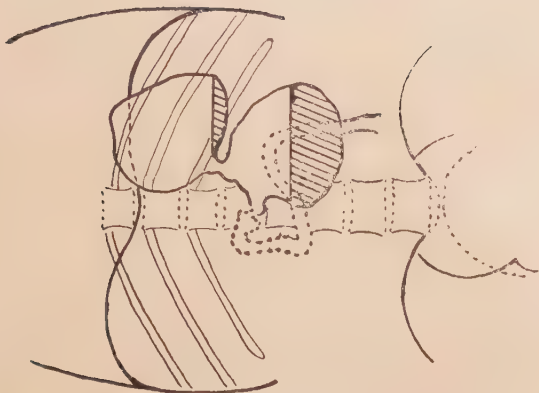
I. — (Schéma)

Malade A... T...
Image après absorption du lait bismuthé,
(en pointillé : mécanisme du remplissage et
de l'évacuation de la poche inférieure).



II. — (Schéma)

Diverticule géant de D3.



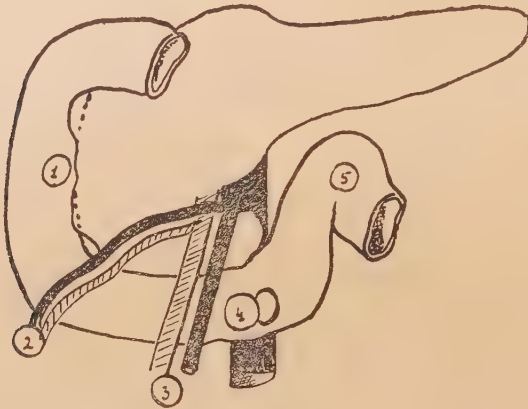
III. — (Schéma)

Estomac biloculaire vrai (ulcère de la pe-
tite courbure, ancien).

Les plus intéressantes à signaler sont :

a) L'oblitération de D2 par la tête pancréatique (cancer) ;

— Celle du genu inférius par le colica média assez fréquente.



Cancer et localisations des sténoses sous-mésocoliques :

- (1) Cancer de la tête du pancréas .
- (2) Colica média.
- (3) Vaisseaux mésentériques.
- (4) Ganglions néoplasiques ou caséifiés, linite plastique, adhérences dues au cancer gastrique.
- (5) Tumeur, brides, coudures, compression.

b) L'occlusion de D. 3 par la pince des vaisseaux mésentériques ;

— la compression de D. 3 : — par des ganglions néoplasiques ou caséifiés ;

— par des adhérences dues à un cancer gastrique ou la linite plastique.

c) Enfin les sténoses de l'angle duodéno-jéjunal ;
— par compression : tumeur ou ganglions ;
— par coudure : brides ou adhérences, d'origine congénitale ou acquise.

Il y a deux gros signes à la sténose sous-vatérienne .

- la dilatation en amont de l'obstacle ;
- les mouvements antipéristaltiques.

En aval de l'arrêt, le segment duodénal est de dimensions normales. Il a son aspect habituel en feuille de fougère. Nous avons déjà dit que le pylore étant forcé, l'estomac participe alors à la stase et aux mouvements péristaltiques. L'intensité du retentissement de la sténose sur l'estomac n'est pas en rapport avec son siège, mais surtout avec son intensité.

Sans pouvoir en affirmer la cause, la radiologie permet d'entrevoir déjà les grandes variétés de la sténose duodéno-jéjunale.

En effet la périoduodénite présentera quelques particularités à relever :

— Tout d'abord elle ne donne jamais d'occlusion très serrée ; on n'a pas d'énorme rétro-dilatation duodénale et gastrique comme dans les compressions (pédicule mésentérique, cancer du corps de pancréas) ou le cancer propre de l'angle duodéno-jéjunal.

En outre l'obstacle n'est pas levé par les manœuvres de posture :

1°) Position genu-pectorale ou en décubitus ventral et reposant sur les coudes.

2°) Manœuvre de HAYES (le refoulement de la masse intestinale en haut et à gauche).

Remarquons enfin que seule la péri-duodénite localisée est sténosante, et produit cette image irrégulière avec rétro-dilatation modérée; la péri-duodénite diffuse ne donnant qu'une image déformée de tout le segment duodénal sans arrêt ni rétrodilattaion.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

En présence d'une sténose de l'angle duodéno-jéjunal on pensera à deux catégories d'affections :

1°) *Celles qui peuvent retentir à distance sur l'angle. Ce sont :*

— *Le cancer du corps du panréas*, qui peut réaliser la sténose par compression (observation de KAMERER). Mais dans ce cas manquent très rarement la douleur du type solaire, extrêmement vive; en outre l'amaigrissement est très rapide. On perçoit parfois une tumeur bosselée immobile, profonde dans l'épigastre, et très douloureuse.

— *Des ganglions métastatiques d'un cancer ovarien;*

— *Des adhérences avec l'estomac* par cancer de cet organe, seront facilement mis en évidence par des signes cliniques (ovaire) et radiologiques (estomac) bien nets.

2°) *Celles propres à l'angle duodéno-jéjunal.*

A) *Les malformations congénitales.* — Muscles de Treitz court ou anormal inséré.

Elles ont une histoire clinique très longue pouvant atteindre des dizaines d'années. En général le syndrome sous-vatérien persiste fort longtemps dans un état fruste; puis survient la sténose confirmée.

Dans ce cas comme d'ailleurs dans celui de l'existence d'adhérences d'origine congénitale les manœuvres de posture (HAYES et autres) peuvent faire cesser la rétention duodénale sous écran de même qu'ils font cesser les vomissements et la douleur.

L'apparition brusque et assez récente du syndrome d'intoxication duodénale accompagnée d'une image radiologique de sténose de l'angle D. J. devra faire penser :

B) *Soit au cancer de l'angle.* — Dans ce cas l'évolution est rapide, l'amaigrissement et l'asthénie rendent le malade très vite incapable de tout travail. Cette sténose est serrée, le duodénum et l'estomac arrivent vite à l'état d'atonie avec clapotage à jeûn.

C) *Soit à la périoduodénite inflammatoire surtout tuberculeuse.* — On recherchera alors soigneusement tous les signes d'imprégnation bacillaire.

On fera les cuti et l'intradermo-réactions, de même on étudiera les antécédents personnels et familiaux de la malade.

On examinera les poumons pour dépister une lésion tuberculeuse concomittante. On tachera d'identifier dans le passé de la malade une péritonite ascitique enkystée ou non qui aurait évoluer vers la fibrose. Il existe peut être des pelvipéritonites bacillaires. On relèvera donc soigneusement dans le passé de la malade une infection génitale ancienne qu'on essaiera d'identifier.

Enfin en présence de toute péritonite chronique dont on ne pourra préciser l'étiologie et qui réalisera une sténose de l'angle D. J. on pensera à une tuberculose plastique.

T R A I T E M E N T

L'intérêt d'un diagnostic possible de la sténose de l'angle duodéno-jéjunal d'origine tuberculeuse réside dans sa thérapeutique très spéciale.

La sténose de l'angle D. J. d'autres causes semble relever de toute évidence d'un traitement chirurgical. La duodéno-jéjunostomie donne des résultats remarquables quand la section des brides et des adhérences ne peut suffire. Mais la péritonite tuberculeuse chronique relève elle, surtout de la physiothérapie. La laparotomie à défaut de la clinique ayant fait le diagnostic de tuberculose fibreuse du péritoine on utilisera surtout : les rayons ultra-violets, l'héliothérapie, la diathermie associée aux injections d'éther-benzylcinnamique et aussi la radiothérapie.

L'actinothérapie peut être appliquée quelque soit l'état du malade, même s'il présente de la température; seules les lésions pulmonaires constituent une contre-indication. Ce traitement a l'exclusion de tout autre a donné d'excellents résultats.

La diathermie agit aussi très efficacement surtout lorsqu'elle est faite en même temps que les injections intra-musculaires d'éther-benzyl-cinnamique : 2 cc. d'une solution huileuse à 3 %. Ces injections sont faites par série de 15 jours consécutifs, avec un repos intercalaire de 2 à 3 semaines. On fait ainsi quatre ou cinq séries.

La radiothérapie a aussi été préconisée avec succès mais son emploi est plus délicat.

Notons enfin que dans le cas de sténose de l'angle D. J. par des ganglions caséifiés le traitement chirurgical par exérèse ganglionnaire reste indiqué complété toujours par la physiothérapie.

CONCLUSIONS

I. — Il convient de faire ressortir dans l'étiologie des sténoses de l'angle duodéno-jéjunal celles réalisées par la tuberculose du péritoine, ou par la compression dûe aux ganglions mésentériques hypertrophiés et caséifiés.

II. — Cette sténose peut être le premier et seul signe d'une tuberculose latente.

III. — Sa symptomatologie se superpose cliniquement et radiologiquement à celle de toutes les autres sténoses de cet angle.

IV. — Le diagnostic étiologique très difficile repose sur la recherche de la tuberculose dans les antécédents et celle d'autres localisations chez la malade.

V. — Il est d'autant plus important que le traitement essentiellement physiothérapique diffère totalement de celui d'autres sténoses de l'angle duodéno-jéjunal.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
LOEPER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — L'actinothérapie de la péritonite bacillaire.
(*Soc. de Radiol.* Octobre 1937).
- BANI. — *Rev. ospit.* 1932-33.
- BENSAUDE et VASSELLE. — Diverticule du duodénum.
(*Archives des Mal. du tube digest.* 1924).
- BOLTANSKI (E.). — *Thèse* 1928.
- DUVAL, ROUX (J.-Ch.), BECLÈRE. — Etudes méd. rad. chir.
sur le duodénum. 1924.
- DUVAL. — *Archives de Mal. App. Digest.* 1924.
- GAUTHIER. — *Thèse* 1930.
- GRÉGOIRE. — Anat. Path. du diverticule duodéal.
- KAMERER. — Constriction of lower cual of dierv. (*An.
nals of surgery* 1912).
- *Bulletin de la soc. de chir.* 1920.
- LENORMANT. — Diagnostic chir. T. III.
- MACAIGNE. — Péritonite tuberculeuse. (*Traité Roger VIO-
LAT et TEISSIERJ.*
- PIÉRY. — Histoire de la péritonite tuberculeuse. (*Gaz.
des Hôp.*, 1927).

RAMOND, GUÉRIN, JACQUELIN. — Diverticule du duod. (*Archives des mal. du tube dig.* 1927).

ROBINAU. — Etude rad. et chir. des div. duod.

GALLY. — *Archives de mal. du tube digest.* 1926.

SEBILEAU. — *Thèse* 1930.

TRÉMOLLIÈRES. — Périviscérités adhésives de l'abdomen.

OLIVIER. — *Journ. Med. Franç.*, 1926.

— *Deutsch. Zeit. für Chir.* 1930.

WELTI. — *Thèse* 1926.

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris xiv°
